

Ilka Lauschner
Dr. med.

Die subkutane Mastektomie als operative Therapie von prämaligen und malignen Brusterkrankungen, sowie als operative Prävention bei Risikopatientinnen: Retrospektive Analyse aller Fälle der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg im Zeitraum 1980 – 1996

Geboren am 22.07.1973 in Hohenmölsen
Reifeprüfung am 26.07.1992
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1993 bis WS 1999/2000
Physikum am 29.08.1995
Klinisches Studium in Heidelberg
Praktisches Jahr in Heidelberg
Staatsexamen am 03.11.1999 in Heidelberg

Promotionsfach: Frauenheilkunde
Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. G. Bastert

Die subkutane Mastektomie war in den letzten 20 Jahren Gegenstand kontroverser Diskussionen hinsichtlich der diagnostischen Wertigkeit, ihrer onkologisch therapeutischen Sicherheit und des kosmetischen Ergebnisses. Von vielen Autoren wurde die SCM sogar als Operationsmethode grundsätzlich abgelehnt.

In der vorliegenden Arbeit wurden insgesamt 278 Patientinnen, die an der Universitätsfrauenklinik Heidelberg in den Jahren 1980-1996 mit einer SCM behandelt wurden, untersucht und im Mittel 16.6 Jahre nachbeobachtet.

Ziel war es, die diagnostische und therapeutische Wertigkeit der SCM und ihr kosmetisches Ergebnis bei den verschiedenen Operationsindikationen aufzuzeigen. Die typischen Indikationen zur SCM waren:

1. Klinisch und radiologisch schwer kontrollierbare Risikobrusterkrankung
2. Histologisch gesicherte Präkanzerosen in Form von DCIS und CLIS
3. Histologisch gesicherte invasive Karzinome und Rezidivkrankungen
4. Prophylaktisch bei invasivem, bereits operativ versorgtem Herd kontralateral

In 20% der Patientinnen mit DCIS und in 6% mit CLIS wurde in der endgültigen histologischen Aufarbeitung ein invasives Karzinom gefunden. 16% der CLIS und 5% der DCIS traten beidseitig auf.

104 Frauen erhielten die SCM bei schwer kontrollierbarer Risikobrusterkrankung, 100 davon beidseits. Hier wurden in 16% der Fälle okkulte Karzinome gefunden. Diese Frauen waren somit durch die SCM therapiert und blieben auch im weiteren Follow up erkrankungsfrei.

Bei 33 Frauen wurde die SCM prophylaktisch bei einer bereits operativ therapierten invasiven Karzinomkrankung kontralateral durchgeführt. Auch hier wurde in der präoperativ primär nicht malignomverdächtigen Brust in 27% der Fälle ein okkultes Karzinom gefunden.

Nach einem medianen Follow up von 16.6 Jahren lag die Lokalrezidivrate nach SCM wegen eines invasiven Karzinoms bei 19%, beim DCIS bei 3 % und beim CLIS bei 10%.

Die 10-Jahres-Rezidivfreie-Überlebensrate nach SCM liegt sowohl beim DCIS als auch beim CLIS bei 91%, beim invasiven Karzinom bei 86%.

Die 10 Jahres Gesamtüberlebensrate liegt beim CLIS bei 97%, beim DCIS bei 95% und beim invasiven Karzinom bei 90%.

In 22% der Fälle der SCM beim invasiven Karzinom wurde direkt postoperativ eine Mastektomie notwendig. Gründe hierfür waren in erster Linie R1-Situationen, seltener Mamillennekrosen und Wunsch der Patientin. Die Rate lag beim DCIS bei 7% und beim CLIS bei 4%.

Die Inzidenz des Mammakarzinoms nach prophylaktischer SCM lag bei 1%. Revisionsoperationen aufgrund von Prothesendefekten, Kapselfibrosen, Schmerzen und Fremdkörpergefühl sowie Infektionen und Dislokationen wurden in 43% der Fälle notwendig. Aufgetretene Rezidive nach SCM waren nur in 3 % Indikation für eine Revision. Dennoch würden 57% der Frauen die SCM in der gleichen Situation noch einmal durchführen lassen und 83.5 % der Frauen bewerten ihr kosmetisches Ergebnis mit sehr gut bis befriedigend.

Die vorliegenden Daten halten sowohl bei malignen als auch bei prämaligen und benignen Indikationsbereichen dem Vergleich mit den derzeitigen Standardoperationsmethoden hinsichtlich der Rezidiv- und Gesamtüberlebensraten und dem kosmetischen Ergebnis stand. Somit stellt die SCM eine eindeutige Bereicherung der operativen Möglichkeiten in der Therapie des Mammakarzinoms dar und kann im Gespräch mit der Frau als Option angeboten werden. Sicherlich ist die verhältnismäßig hohe Rate an notwendigen Revisionsoperationen weiterhin ein Schwachpunkt der SCM, der aber von den Patientinnen nicht unbedingt mit einem negativen ästhetischen Ergebnis bewertet wird. Gründe für die Revisionen sind in allererster Linie prothesenspezifischer Natur und nicht onkologisch-operative Komplikationen. Die Fortschritte in der Entwicklung der Implantate sollten dieses Problem jedoch lösen. Auch die zunehmende Akzeptanz der kosmetischen Chirurgie in der allgemeinen Bevölkerung lassen die SCM in einem neuen Licht erscheinen. Aufgabe des Arztes bleibt es, neben den onkologischen Aspekten die Psyche der jeweiligen Patientin zu erkennen und mit ihr zusammen die für sie optimale Therapie zu finden.

Um die SCM in onkologisch-operativen Kreisen einer besseren Akzeptanz zuzuführen, sind zukünftige prospektiv randomisierte Studien unumgänglich. Hierfür können die Daten der vorliegenden Arbeit als Planungsgrundlage herangezogen werden.